14

CHOLÉCYSTOSTOMIE INTRAPARIÉTALE ET TRANSMUSCULAIRE

CHOLÉCYSTOSTOMIE TEMPORAIRE. 3 OBSERVATIONS.

PAR

H. DELAGÉNIÈRE (du Mans),

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie (1).

Par cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire, nous entendons une cholécystostomie essentiellement temporaire, consistant dans l'abouchement de la vésicule à travers le muscle droit de l'abdomen. La vésicule ouverte est fixée, à travers une boutonnière faite au muscle, à l'aponévrose antérieure du muscle droit; de telle sorte que l'ouverture de la vésicule est munie d'un sphincter musculaire destiné à en maintenir les bords rapprochés, dès que le drain placé dans son intérieur est supprimé.

Comme on le voit, cette opération nouvelle n'est qu'une variété, un perfectionnement de la cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales, opération sur laquelle notre maître, M. le professeur Terrier, a appelé l'attention du IVe Congrès français de Chirurgie dans son remarquable mémoire (2) : « Préconisée, dit-il, par Langenbuch, cette manière de faire nous paraît devoir être prise en sérieuse considération. » En effet, presque tous les inconvénients de la cholécystostomie classique disparaissent, et en outre presque tous les avantages de la cholécystotomie idéale sont réalisés.

Cette méthode si séduisante nous a paru encore perfectible et c'est le résultat des recherches que nous avons faites à ce sujet, résultat confirmé par trois observations heureuses et concluantes, que nous apportons aujourd'hui.

II

Afin de mieux faire comprendre le but que nous avons poursuivi, il nous paraît indispensable de passer rapidement en revue les principaux avantages et inconvénients des méthodes usitées aujourd'hui dans les interventions pratiquées sur les voies biliaires accessoires (Vésicule biliaire et canal cystique).

Nous passerons sous silence les opérations en deux temps. Le

(1) Tiré à part des *Archives provinciales de Chirurgie*, 1895, nov. 1, 669-688.
(2) VIe *Congrès français de Chirurgie*, p. 129.

délaissement où elles sont tombées aujourd'hui nous dispensera de tout commentaire.

La *cholécystostomie classique*, après avoir subi des modifications de détails de la part de ses promoteurs (L. Tait, Bobbs, Sims, Courvoisier, Ransohoff, etc.) a été établie définitivement par M. le professeur Terrier, d'après les règles suivantes : Fixation première ou dernière, suivant les cas, et après exploration ; puis suture de la vésicule à la paroi, au moyen de deux rangs de sutures, l'une destinée à adosser la séreuse au péritoine, et l'autre la muqueuse aux téguments.

Ainsi faite, l'opération présente une sécurité très grande, surtout si on a pu faire une fixation première. Le drainage de la vésicule, et par suite la guérison de la cholécystite, est possible. S'il existe des calculs ou fragments de calculs, oubliés ou broyés dans les voies biliaires, ces fragments pourront trouver une issue facile à l'extérieur. Enfin, comme l'enseigne notre maître M. Terrier, la fistule ainsi créée peut jouer indéfiniment le rôle de soupape de sûreté, se remettant à fonctionner lorsque le cours de la bile est plus ou moins entravé.

Mais à ces avantages dont l'importance est capitale on doit opposer des inconvénients, dont quelques-uns sont graves.

D'abord il n'est pas rare de rencontrer des cas pour lesquels il est impossible d'amener la vésicule jusqu'aux téguments. La vésicule est petite, ratatinée sous le bord du foie, de sorte que c'est à peine si on peut la faire saillir de quelques millimètres en réclinant en haut le rebord de la glande hépatique. Dans ces cas là, la fixation de la fistule à la peau ne peut se faire qu'en invaginant celle-ci et en exerçant une traction plus ou moins énergique sur le réservoir de la bile. Ce danger existe encore dans les cas de vésicule moyennement distendue avec une paroi abdominale épaisse. N'est-ce pas à ces tiraillements que sont dues les douleurs ressenties par certains malades dans la région vésiculaire après l'opération ? Nous insistons sur ce point, qui nous paraît devoir bien plutôt être incriminé que les adhérences pariétales de la vésicule suturée. Nous y reviendrons d'ailleurs un peu plus loin.

Un autre inconvénient de la fistule cutanée est de persister quelquefois indéfiniment. Le malade conserve une fistule biliaire par laquelle il s'écoule une quantité fort variable de bile et même quelquefois un simple liquide visqueux et incolore. S'il s'agit de bile, on peut bien invoquer le rôle utile de soupape de sûreté ; mais, si le liquide qui s'écoule par la fistule ne contient pas de bile, l'argument n'a plus la même valeur. D'ailleurs le rôle de soupape de sûreté doit

surtout être utile dans les premiers temps qui suivent l'opération. On observe en effet fréquemment, après une véritable débâcle de bile dans l'intestin, un arrêt plus ou moins durable dans le cours de la bile. Cet arrêt paraît dû vraisemblablement à un spasme des conduits biliaires et surtout du canal cholédoque. La fistule sera alors utile en assurant l'écoulement de la bile au dehors tant que durera le spasme. En outre, il peut y avoir des calculs restés dans les voies biliaires qui s'engagent et obstruent momentanément les voies biliaires principales. Ces diverses complications ne sont plus à craindre, quand le cours de la bile a été normalement rétabli. Il faut alors de nouvelles formations calculeuses, amenant de nouveaux accidents, pour légitimer la soupape de sûreté. Or nous ne pensons pas que la crainte plus ou moins légitime d'accidents soit suffisante pour compenser les dangers ou les inconvénients d'une fistule biliaire. Pour ces raisons, nous condamnons, pour toutes les affections lithiasiques la fistule biliaire définitive et pour ces mêmes affections nous préconisons au contraire la fistule temporaire.

Les inconvénients de la cholécystostomie classique avaient depuis longtemps frappé un grand nombre de chirurgiens, qui pour y obvier, ont pratiqué la suture immédiate de la plaie vésiculaire avec réduction dans le ventre. Cette *cholécystotomie*, dite *idéale*, fut pratiquée la première fois par Meredith.

Mais cette méthode, séduisante au premier abord, fut bientôt laissée dans l'oubli, en raison des dangers auxquels elle expose les opérés. En effet l'opération est grave. M. Terrier (1), sur 33 cas qu'il a réunis, relève 8 morts : ce qui ferait un pourcentage de près de 25 0/0 de mortalité. Or, cette mortalité nous paraît excessive, si l'on songe que la cholécystotomie idéale ne se pratique que dans les cas de calculs de la vésicule et du canal cystique, c'est-à-dire les cas les moins graves de la lithiase biliaire.

On a incriminé l'écoulement de bile dans le péritoine. Cet accident redoutable, si la bile est septique, n'a été signalé qu'une fois sur les 8 cas de morts cités par M. Terrier. On ne doit donc pas y attacher une importance trop grande, mais rechercher ailleurs la cause de la gravité de l'opération.

Quand on pratique une cholécystotomie pour calculs de la vésicule ou du canal cystique, on trouve le plus souvent une muqueuse altérée, atteinte de cholécystite plus ou moins accentuée, souvent même impossible à reconnaître à l'œil nu au cours de l'opération (2).

(1) *Loco citato*, p. 130.

(2) Cette cholécystite, dans des cas graves qui relèvent alors plutôt de la cholécystectomie, peut se caractériser par de véritables abcès développés dans l'épaisseur des parois vésiculaires et ayant

Dans ces cas la muqueuse est le siège principal de l'infection et les efforts du chirurgien doivent tendre à en amener la guérison tout aussi bien qu'à en faire disparaître la cause, le calcul. N'est-il pas plus rationnel dans ces conditions de drainer largement la vésicule tant que durera la cholécystite, plutôt que d'en pratiquer la suture et de l'abandonner ensuite dans le ventre en comptant sur le fonctionnement normal de l'appareil biliaire reconnu malade un instant auparavant? Pourquoi en outre déverser dans l'intestin les produits septiques de la vésicule lorsque rien n'est plus simple que d'en détourner le cours au dehors.

Là réside peut-être une des causes les plus efficaces de la gravité de la cholécystotomie idéale. Nous en ajouterons deux autres, dont l'importance ne peut échapper.

Il n'est pas exceptionnel lorsqu'on a pratiqué une cholécystostomie de voir quelques jours après l'opération des calculs ou fragments de calculs se présenter au niveau de la bouche vésiculaire. Cependant toutes les précautions avaient été prises au cours de l'opération pour ne rien laisser dans les voies biliaires explorées. C'est que des calculs peuvent siéger dans le canal hépatique et tomber ultérieurement dans la vésicule, sans compter que des petits calculs peuvent se dissimuler derrière les valvules du canal cystique et ne révéler leur présence par aucun signe. Assurément ces calculs pourront passer dans l'intestin à travers les voies biliaires si leur calibre le leur permet ; mais, dans le cas contraire, ils deviendront le point de départ de nouveaux accidents.

Enfin, il nous paraît que, pour être une opération logique, la réduction dans le ventre de la vésicule suturée ne doit se faire qu'après s'être assuré d'une façon certaine de la perméabilité des voies biliaires principales. Or on ne peut acquérir cette certitude qu'en pratiquant le cathétérisme des voies biliaires. Ici se pose de nouveau la question de possibilité de pratiquer le cathétérisme. D'après notre pratique personnelle, il résulterait que ce cathétérisme est le plus souvent impossible. Les seuls cas où nous avons pu le pratiquer étaient des cas de calculs engagés dans le cholédoque, cas précisément pour lesquels la cholécystotomie idéale ne pourrait se trouver indiquée que d'une manière absolument exceptionnelle, après la suppression de l'obstacle.

Quelques chirurgiens ont voulu remédier aux inconvénients de la cholécystotomie idéale tout en conservant ses avantages. Les uns atta-

pour point de départ la muqueuse malade. Nous en avons vu un cas des plus significatifs chez un malade cholécystectomisé par M. le professeur Terrier.

chent une grande importance à la réduction dans le ventre de la vésicule suturée, afin d'éviter les adhérences de l'organe à la paroi ; les autres ne se préoccupent pas de ces adhérences.

Wœlfler (1) fit l'opération suivante. Dans un premier temps, il fixe la vésicule à la paroi par des sutures séro-séreuses, et applique par-dessus un pansement. Trois jours après il ouvre la vésicule, évacue son contenu, et pratique la suture à deux étages de la vésicule qu'il laisse au fond de la plaie. D'après cet auteur, ce procédé serait des plus simples et présenterait une grande sécurité. C'est, en somme, une cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales faite en deux temps.

Les américains Parkes et Carmalt pratiquaient cette opération en un seul temps (2) depuis 1886. Kümmel, de Hambourg, d'après Marcel Baudouin, l'aurait pratiquée en août 1890 (3) ; Kœrte (4) enfin en publia trois observations en 1892.

Senger (5) en 1890 s'était proposé de réduire secondairement dans le ventre la vésicule suturée et maintenue dans la paroi pendant la cicatrisation de son ouverture. Dans un premier temps, il sutura la vésicule à la paroi. 42 heures plus tard, il ouvrit la vésicule et en évacua le contenu, puis pratiqua la suture de la plaie vésiculaire. Cette suture ne tint pas ; il se fit un abcès de la paroi qui empêcha l'auteur de détacher la vésicule de la paroi et de la réduire dans le ventre.

Le 17 septembre 1893, O. Bloch (6), de Copenhague, exécuta et mena à bien l'opération conçue par Senger. D'après cet auteur, le plus grand avantage de cette méthode sur toutes celles qui précèdent serait d'éviter la formation d'adhérences entre la vésicule réduite et la paroi abdominale.

Nous reprochons au procédé Senger-Bloch d'être un procédé compliqué.

Il ne sera jamais indifférent pour un malade de subir trois opérations au lieu d'une. Nous nous demandons en outre si la réduction dans le ventre d'une vésicule saignante que l'on vient de détacher des parois abdominales, n'expose pas le malade à des inoculations péritonéales. Et puis une semblable vésicule à surface saignante et dépolie ne provoquera-t-elle pas autour d'elle la formation de quelques adhérences? Bloch lui-même fait cette concession. Ce ne sera donc entre

(1) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 5, 13 janv. 1890, p. 100.
(2) Parkes-Carmalt. — *Medical News*, Philadelphia, 8 mai 1886, p. 532-533.
(3) Terrier. — *Loco citato*, p. 129.
(4) Kœrte. — *Samml. Klin. Vortræge*, n° 40, X, 2. s., févr. 1892, p. 257 et suiv.
(5) E. Senger. — *Berlin. Klin. Woch.*, n° 2, p. 28, 13 janvier 1890.
(6) O. Bloch. — *Revue de Chir.*, 10 fév. 1895, p. 150.

son procédé et les procédés de cholécystostomie à sutures perdues intra-pariétales qu'une différence de degré au sujet de l'importance des adhérences.

Or, nous ne saurions trop répéter qu'à notre sens les adhérences de la vésicule à la paroi sont sans importance si on a pris soin de faire la fixation sans exercer de trop grandes tractions, but facile à atteindre en adoptant de parti-pris l'incision latérale sur le bord externe du muscle droit, en soulevant doucement le fond de la vésicule en haut sur le bord du foie, et enfin, et surtout, en créant la fistule dans l'épaisseur de la paroi.

Toutes ces conditions sont remplies dans la cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales; mais cette opération présentera dans certains cas des inconvénients que nous avons déjà signalés dans la cholécystotomie idéale et qu'il nous suffira de rappeler ici : impossibilité de remédier par le drainage aux dangers de la cholécystite ; impossibilité de surveiller pendant quelques jours, après l'opération, l'état de bon fonctionnement des voies biliaires et d'y porter remède.

L'opération nouvelle que nous préconisons supprime ces deux inconvénients, puisque c'est une cholécystostomie temporaire, et elle présente presque tous les avantages de la cholécystostomie idéale : guérison rapide et sans fistule, puisque la fistule créée est contractile et n'a qu'une rôle absolument temporaire.

Reste en faveur de la cholécystostomie idéale l'absence d'adhérences à la paroi, avantage bien minime à opposer aux inconvénients de cette opération.

Nous allons maintenant décrire sommairement les principaux temps de l'opération.

III

La technique que nous avons adoptée dès notre première opération est relativement simple. Deux fois nous avons fait la *fixation dernière*, et une fois la *fixation première*. — Cette dernière façon de procéder devra être préférée chaque fois que l'on sera certain de ne pas avoir à faire de manœuvre intra-péritonéale directe sur le canal cystique. Ce ne sera donc qu'après un examen minutieux, après avoir palpé soigneusement les canaux cystique et cholédoque qu'on prendra une décision à ce sujet. Si tous les calculs sont dans la vésicule, ou bien s'il n'existe dans le canal cystique que des calculs petits et *mobiles sous la pression des doigts*, on devra recourir à la fixation

première. Dans tous les autres cas, nous préférons la fixation dernière qui a l'avantage de ne pas limiter l'action du chirurgien.

Nous allons maintenant passer rapidement en revue les principaux temps de l'opération.

Incision. — L'incision doit être faite sur le bord externe du grand abdominal droit. L'incision sur la ligne médiane doit être rejetée en raison de la fixation nécessaire de la vésicule à la paroi. Cette fixation se ferait dans un endroit trop éloigné du siège normal de la vésicule : ce qui aurait pour conséquence d'amener des tiraillements douloureux de l'organe. Cette considération a pour nous une telle importance que dans notre Observation III, après avoir fait une incision exploratrice médiane, nous n'avons pas hésité à faire une deuxième incision latérale pour faire notre bouche biliaire.

L'incision devra être assez longue. 10 à 12 centimètres suffisent habituellement.

Elle partira du rebord des fausses côtes. Comme dans toutes nos ouvertures abdominales, nous avons l'habitude, contrairement à ce qui est enseigné, de faire l'incision cutanée plus longue que celle de l'aponévrose et du plan musculaire, et l'incision aponévrotique plus longue que celle du péritoine, de telle sorte *que l'ouverture totale de la séreuse peut se voir au fond de l'incision.* Cette manière de faire facilite l'écartement des 2 lèvres de la peau et simplifie considérablement la fermeture de la paroi. De plus on évite ainsi, d'une façon certaine, la formation de petits clapiers aux deux extrémités de l'incision.

Traitement de la vésicule. — Lorsque le ventre est ouvert, nous nous conformons en tous points à la pratique de M. Terrier. Il nous a déjà appris qu'en l'absence de phénomènes cliniques d'obstruction du cholédoque nous aurons de grandes chances de trouver une vésicule plus ou moins distendue par de la bile, ou du mucus, par conséquent dont le fond dépassera le bord tranchant du foie. Ce fond de la vésicule sera tantôt libre de toute adhérence, tantôt au contraire elle adhérera à l'épiploon ou aux organes voisins.

La présence d'adhérences épaisses et solides fera craindre une altération profonde des parois vésiculaires, et dans ce cas les indications de pratiquer la cholécystectomie se poseront plutôt que de faire notre opération. Il n'en sera pas de même pour des adhérences lamelleuses qu'il suffira de rompre ou de sectionner. Lorsque le fond de la vésicule est reconnu et isolé, on doit explorer avec soin les voies biliaires, et d'après les indications fournies par cette exploration prendre parti immédiatement pour la *fixation première* ou pour la *fixation dernière.*

Nous supposerons une fixation dernière. Après avoir isolé complètement la vésicule des anses intestinales et de la cavité péritonéale au moyen de compresses aseptiques, nous vidons la vésicule de la bile ou du liquide qu'elle contient avec l'aspirateur Potain. Cette pratique enseignée par M. Terrier est très importante pour éviter de souiller avec ce liquide les doigts de l'opérateur, les instruments et le champ opératoire.

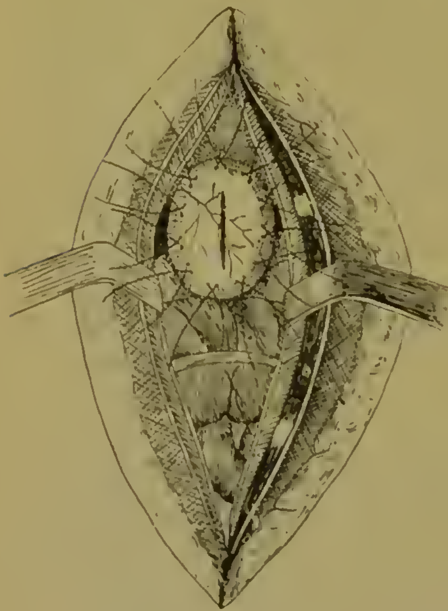


Fig. 1.

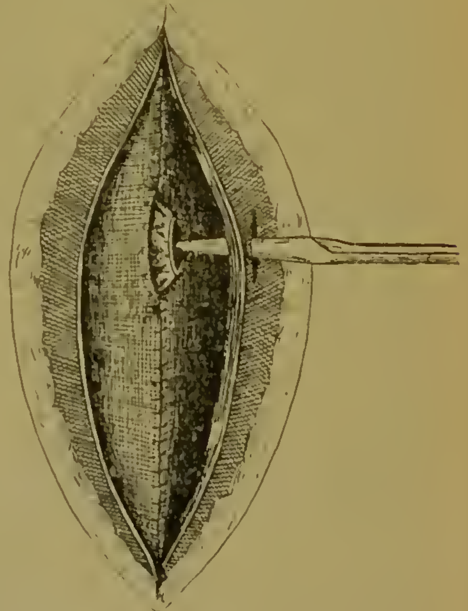


Fig. 2.

Fig. 1. — Le fond de la vésicule est soulevé. — Les fils destinés à la suture séro-séreuse sont placés sur la vésicule. — Le bord externe du muscle droit est découvert. — La vésicule a été incisée pour une fixation dernière.

Fig. 2. — La suture séro-séreuse de la vésicule au péritoine est terminée. — Le péritoine est fermé au-dessus et au-dessous de la vésicule par un surjet. — Une boutonnière a été faite sur le bord du grand droit. — Une pince saisit la bouche vésiculaire pour l'invaginer dans la boutonnière.

Nous faisons cette ponction sur le point culminant du fond de la vésicule. Lorsque tout le liquide est aspiré et le trocart enlevé, nous pratiquons verticalement sur le fond de la vésicule une incision de 15 à 18 millim. environ, afin de pouvoir introduire l'auriculaire ou l'index dans la cavité de l'organe. Nous évacuons les calculs par les moyens et procédés classiques. Lorsque nous nous servons de pinces pour saisir les calculs profondément situés dans le canal cystique, nous accompagnons le bec de la pince avec un doigt introduit dans la cavité péritonéale le long du canal cystique. Ce doigt nous renseigne

très exactement et sur le trajet que nous faisons suivre à la pince et sur le nombre et la qualité des calculs qui restent à extraire. Si les calculs sont fortement enclavés et ne peuvent être saisis, nous nous servons avec avantage d'un courant d'eau stérile dans l'intérieur de la vésicule. La pression récurrente du liquide agit dans ce cas comme pour l'extraction des corps étrangers introduits dans le conduit auditif.

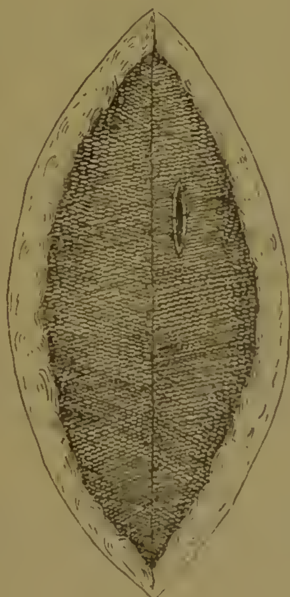


Fig. 3.



Fig. 4.

Fig. 3. — La vésicule invaginée dans la boutonnière est suturée à l'aponévrose antérieure du muscle droit. Enfin, l'aponévrose est suturée sur toute l'étendue de l'ouverture par un surjet. Il reste à établir un drain dans la vésicule et à suturer la peau.

Fig. 4. — L'opération est terminée. — La peau, suturée au crin de Florence, laisse passer le drain placé dans la bouche vésiculaire.

Quand la vésicule est débarrassée de ses calculs, le champ opératoire est nettoyé, les compresses changées, enfin un petit tampon stérile est introduit dans l'ouverture pour s'opposer à tout écoulement de bile pendant la fermeture de la séreuse.

Fixation de la vésicule. — A 15 ou 20 millimètres, tout autour de l'ouverture, nous plaçons horizontalement une série de fils ne prenant que la séreuse et la musculeuse. Les anses de ces fils sont très rapprochées les unes des autres, mais ne s'entrecroisent pas (*Fig. 1*). La vésicule est dès lors prête à être fixée. Nous fermons d'abord au moyen d'un surjet l'ouverture péritonéale au-dessus de la vésicule;

puis nous passons séparément les deux chefs de chaque anse de fil dans le péritoine pariétal voisin. Ceci fait, nous fermons le péritoine au-dessous de la vésicule par un surjet et il ne nous reste plus qu'à fermer séparément chaque anse de fil. La vésicule, ouverte et suturée au péritoine pariétal, fait saillie dans la plaie (*Fig. 2*). La saillie de la vésicule n'a pas besoin d'excéder l'épaisseur du bord du muscle à travers lequel elle est destinée à passer.

Le muscle droit est transfixé à 5 ou 6 millimètres de son bord libre, et parallèlement à ses fibres, de façon à y pratiquer une boutonnière juste suffisante pour contenir la vésicule. Celle-ci est attirée dans la boutonnière avec une pince (*Fig. 2*); puis les bords de son ouverture sont fixés à l'aponévrose antérieure du muscle par des points séparés qui prennent toute l'épaisseur des parois de la vésicule. Si l'ouverture faite à la vésicule est trop grande, on la rétrécira par quelques points de suture avant de la fixer à l'aponévrose. Un drain de 8 à 10 millimètres de diamètre sera introduit à frottement dans la vésicule.

Fermeture de la paroi. — Elle n'offre rien de spécial. Avec un surjet, nous suturons l'aponévrose (*Fig. 3*); puis, avec des crins de Florence, nous fermons la peau, sauf dans le point qui répond au drain placé dans la vésicule (*Fig. 4*).

Suites opératoires et marche de l'opération. — Les suites sont habituellement très simples. On laissera le tube à drainage tant qu'il s'écoulera dans le pansement de la boue biliaire ou du mucus purulent.

S'il y a lieu on fera des lavages de la vésicule par ce tube. Enfin on s'assurera par tous les moyens possibles du bon état de la muqueuse de la vésicule avant d'enlever le drain.

Lorsque celui-ci sera enlevé, en général vers le 15e ou 16e jour, il s'écoulera encore de la bile dans le pansement pendant 24 heures; puis tout écoulement cessera définitivement si les fonctions digestives sont régulières et si les voies biliaires sont parfaitement perméables. Dans le cas contraire, il y aura augmentation de pression dans les voies biliaires et la fistule laissera à nouveau passer la bile (soupape de sûreté) pendant quelques jours, jusqu'à ce que l'obstacle disparaisse. A ce moment, le malade sera guéri. On conçoit qu'en cas d'obstacle permanent la fistule reste permanente, sauvegardant ainsi la vie du malade, tout aussi efficacement que si la fistule biliaire eut été cutanée au lieu d'être intra-musculaire.

IV

Les avantages de ce nouveau procédé de cholécystostomie nous paraissent être les suivants.

L'opération présente une sécurité aussi grande que possible, puisque la grande cavité péritonéale est préservée par la rangée de sutures séro-séreuses. Or, ainsi que la plupart des chirurgiens modernes, nous considérons cette suture séro-séreuse comme étant tout aussi efficace que les adhérences provoquées par une opération antérieure, que cette opération ait consisté en sutures analogues ou qu'il n'y ait eu que simple accolement. De plus, nous avons vu que dans des cas exceptionnels, on pouvait pratiquer aussi bien une fixation première (Obs III) qu'une fixation dernière. En un mot, on trouve dans cette intervention toutes les mêmes conditions de sécurité que s'il s'agissait d'une cholécystostomie ordinaire.

Il est facile de comprendre que la suture de la muqueuse de la vésicule à l'aponévrose antérieure du muscle droit ne peut par elle-même être cause d'aucun accident, puisque l'écoulement de la bile est assuré au dehors par le tube à drainage. On peut donc dire que l'opération est *bénigne* et que sa gravité est entièrement subordonnée à l'infection péritonéale au cours de l'opération par le chirurgien ou par le liquide de la vésicule, en admettant que ce dernier soit septique et que toutes les précautions que nous avons indiquées pour protéger la séreuse, le champ opératoire et les instruments, n'aient pas été prises.

Au point de vue de l'exécution, l'opération est facile et ne nécessite que du soin dans son exécution. Elle peut être assimilée à la cholécystostomie ordinaire.

Les tiraillements exercés sur la vésicule seront peu considérables, puisque l'organe sera abouché sur le muscle droit et qu'il suffira pour cet abouchement que la vésicule fasse saillie hors du péritoine pariétal de 5 à 6 millimètres seulement. On n'aura donc plus à compter avec l'épaisseur parfois si gênante de la couche graisseuse sous-cutanée. Assurément, il pourra se trouver des cas où il sera impossible de faire saillir même de 5 à 6 millimètres le fond de la vésicule; mais ces cas seront très rares, les vésicules retractées se rencontrant surtout dans les cas de calculs du cholédoque, cas spéciaux qui ne relèveront que très exceptionnellement de notre opération.

Le drain placé dans la vésicule sera une sauvegarde contre la rétention biliaire, ou l'issue de la bile dans le péritoine, dans les cas de contraction spasmodique des parois du canal cholédoque. Il sera en outre très utile pour surveiller l'état des voies biliaires. Les fragments

de calculs, laissés pendant l'opération, pourront être expulsés au dehors. La boue biliaire s'écoulera tout naturellement, et enfin, dans le cas d'écoulement de liquide muco-purulent, on pourra facilement pratiquer des lavages antiseptiques de la vésicule et guérir très rapidement la cholécystite.

A partir de ce moment, quand le cours de la bile est normalement rétabli, quand la vésicule est désinfectée, la fistule biliaire externe n'a plus sa raison d'être. Bien plus, si elle persiste, elle devient une cause d'infection redoutable pour les voies biliaires. Il importe donc que cette fistule se ferme rapidement et c'est là peut-être l'avantage le plus grand de la méthode. La fermeture de la fistule est si rapide qu'on pourrait presque dire qu'elle coïncide avec l'ablation du drain. 4 ou 5 jours après, elle est fermée non encore définitivement (rôle de soupape de sureté), mais efficacement. L'occlusion n'est définitive que lorsque les fonctions digestives et biliaires sont redevenues complètement normales, et que l'élément spasmodique ne peut plus entrer en jeu.

Comme on le voit par ce qui précède, on trouve réunis tous les avantages de la cholécystostomie ordinaire et de la cholécystotomie idéale sans leurs inconvénients respectifs. Il reste cependant la question des adhérences. Nous avons vu que leur rôle pathologique est loin d'être défini. Au point de vue clinique, aussi bien pour les trois opérées dont les observations suivent, que pour nos autres cholécystostomisées, nous n'avons jamais eu à déplorer aucun trouble résultant de ces adhérences. Aucune de nos opérées n'a présenté de ce fait ni douleur ni trouble dyspeptique.

V

Il nous reste maintenant à étudier les cas pour lesquels notre opération est indiquée. Ce sont ceux pour lesquels la cholécystostomie ordinaire était indiquée. Nous n'aurons à en exclure que les cas absolument exceptionnels pour lesquels on veut créer une fistule biliaire persistante, opération à laquelle M. Terrier veut réserver le nom de cholécystostomie. Il est bien évident que tous les cas pour lesquels on pouvait tenter la cholécystotomie idéale sont aussi susceptibles de la même opération.

Le plus souvent les indications de l'opération pourront être posées d'avance d'après les symptômes cliniques. Quelquefois ce ne sera qu'au cours de l'opération et après exploration des voies biliaires que le chirurgien se décidera à faire une fistule temporaire ; soit que des

calculs primitivement engagés dans le cholédoque aient pu être extraits par les voies naturelles après ouverture de la vésicule; soit que ces calculs du cholédoque aient été enlevés directement par cholédochotomie. — Dans ce cas, on devra toujours chercher à établir une fistule vésiculaire, afin d'éviter autant que possible pendant quelques jours le passage de la bile dans le canal incisé et plus ou moins bien fermé. Malheureusement, l'établissement de cette fistule externe sera toujours très difficile et parfois impossible à cause de la rétraction de la vésicule qui est de règle dans les cas de calcul du cholédoque. Il en sera de même pour les cas de cholédocholithotritie, pour lesquels il sera presque toujours indispensable de laisser une fistule externe, par laquelle puissent sortir une partie des fragments de calculs brisés, qui auront été repoussés dans la vésicule au cours de l'opération.

Enfin certains cas d'infection de la vésicule, limitée à la muqueuse, et pour lesquels la cholécystectomie était l'opération de choix, rentreront aussi dans la catégorie de ceux qui devront bénéficier de la fistule temporaire, puisque le drainage de la vésicule malade est assuré, et que la cholécystite guérira rapidement, sans faire courir de risque de conserver une fistule incurable.

Il résulte donc de ce qui précède que la fistule temporaire, que nous préconisons, sera de beaucoup l'opération le plus souvent indiquée de celles que l'on pratique sur les voies biliaires.

Elle supprime complètement la cholécystotomie idéale.

Elle réduit à de très rares exceptions la cholécystostomie classique ordinaire.

Elle remplace avantageusement toutes les variétés de cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales.

Elle restreint dans une certaine mesure les indications de la cholécystectomie.

Enfin elle peut encore être utile, comme opération complémentaire dans la cholédochotomie, la cholédocholithotritie, etc.

OBSERVATIONS.

Observation I (1).

Calculs biliaires dans la vésicule et le canal cystique. — Cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire à fixation dernière. Guérison.

La nommée B.... Louise, âgée de 27 ans, blanchisseuse, m'est adressée le 20 octobre, par mon confrère, M. le Dr Persy, du Mans.

Cette malade, qui ne présente aucun antécédent spécial du côté des organes génito-urinaires, souffre depuis 5 ans de crises d'estomac qu'elle attribue à la chaleur du fourneau. Ces crises présentent des exaspérations 1 heure environ après chaque repas ; parfois elles s'accompagnent de nausées; mais il n'y a jamais de vomissements. Les selles sont rares et le ballonnement du ventre habituel; elle ne présente rien au cœur, ni aux poumons.

La région épigastrique est douloureuse au palper surtout au-dessus et à droite de l'ombilic, dans la région de la vésicule biliaire ; on sent là une tumeur grosse comme une orange, mobile et présentant tous les caractères du ballottement rénal.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes.

Etat avant l'opération. — La malade souffre énormément; elle a perdu ses forces, depuis 2 jours il s'est développé de l'ictère; la peau est jaune safran, les sclérotiques complètement colorées, ainsi que les urines ; les selles sont blanches. Le creux épigastrique est resté très douloureux à la pression ; et, au palper, on retrouve la tumeur formée par la vésicule, qui présente tous les caractères extérieurs d'un rein mobile, mal réductible.

Opération. — Le 25 octobre 1894. Le chloroforme est confié au Dr Persy; je suis assisté par le Dr Bolognesi. Je pratique une incision de 12 centimètres environ, sur le bord externe du muscle droit. Le bord du muscle est isolé sur la longueur de l'incision; puis les plans sous-jacents sont sectionnés et le péritoine est ouvert comme à l'habitude; il s'écoule un peu d'ascite fortement colorée en jaune; la vésicule apparaît; elle a le volume du poing; elle est lisse et libre de toute adhérence ; je l'isole avec des compresses, puis la ponctionne avec l'aspirateur Potain ; je retire ainsi environ 200 gr. de bile verte et limpide. J'attire ensuite la vésicule hors du ventre pour explorer les conduits biliaires, le cholédoque est libre, mais le canal cystique et le col de la vésicule présentent une série de noyaux durs que l'on sent à

(1) N° 1193 de la *Statistique générale.*

travers leurs parois. La vésicule est alors incisée près de son fond dans une longueur de 15 millimètres; un courant d'eau la débarrasse de la boue biliaire qu'elle renferme, puis plusieurs calculs sont enlevés avec une pince hémostatique. Enfin, profondément dans le canal cystique, un gros calcul est senti et son extraction est très difficile. Un courant d'eau stérile sous forte pression finit par le détacher; derrière lui on en trouve deux autres qui sont également entraînés par le courant de liquide. On ne sent plus rien d'anormal dans les voies biliaires ; mais il est impossible de faire passer une sonde flexible à travers le canal cystique dans le canal cholédoque : ce qui est dû sans doute à la présence de valvules. On ne peut pas affirmer que le cholédoque est perméable. Je me décide donc à pratiquer une cholécystostomie temporaire que j'exécute de la façon suivante. Tout autour de l'ouverture, pratiquée à la vésicule et environ à 2 centimètres de cette ouverture, je place une rangée de sutures séreuses avec de la soie fine.

Ces points de suture relient la vésicule au péritoine pariétal, qui est ensuite fermé au-dessus et au-dessous. Il existe donc une sorte de hernie du fond de la vésicule ouverte à travers le péritoine; cette portion saillante de la vésicule répond précisément au bord externe du muscle grand droit, qui a été isolé au début de l'opération. Saisissant alors le bord du muscle, je le transfixe à 4 ou 5 millimètres du bord libre, y créant ainsi une boutonnière à travers laquelle j'attire le fond ouvert de la vésicule à l'aponévrose du muscle; enfin,je place un drain de 8 millimètres de diamètre dans la vésicule ; la paroi est ensuite fermée à deux étages comme à l'ordinaire.

Pansement avec compresses et coton stérile. Durée 1 heure 20.

Pièces. — 14 calculs : 11 gros comme des pois, 3 plus volumineux.

Marche. — Les suites opératoires sont des plus simples ; la température est normale dès le soir de l'opération.

La malade se sent soulagée immédiatement; il s'écoule beaucoup de bile dans le pansement; le 27 octobre, une purgation saline amène une sorte de débacle intestinale dans laquelle on reconnaît la présence de la bile. Le lendemain. la bile s'écoule de nouveau dans le pansement et les selles redeviennent blanches pendant 8 jours. Au bout de ce temps, 11 jours après l'opération, je tente la suppression du drain. Au bout de 2 heures, la malade est prise de coliques vives qui m'obligent à rétablir le drainage.

5 jours plus tard (le 16e après l'opération) je supprime le drain; la malade a quelques coliques; mais le cours de la bile se rétablit complètement dans l'intestin. Cinq jours plus tard, la fistule externe est fermée et la malade sort guérie de la Maison de Santé.

Je la revois le 4 janvier 1895; sa guérison est parfaite, il n'existe pas d'autres traces de sa fistule, qu'une légère dépression de la cicatrice linéaire à son niveau.

Cette malade, revue le 10 juillet, se porte parfaitement bien.

Observation II (1).

Calculs biliaires dans la vésicule et le canal cystique. Cholécystite.— Cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire à fixation dernière. — Guérison.

La nommée L... Louise, âgée de 49 ans, sans profession, demeurant à Saint-Calais, m'est adressée par le docteur Gigon, de Saint-Calais.

Elle me fournit les renseignements suivants. Ses antécédents héréditaires et personnels sont nuls; rien du côté des organes génitaux : elle a eu deux enfants, le dernier il y a 19 ans.

Elle fait remonter le début de sa maladie à l'année 1873; elle est prise subitement de violentes crises douloureuses dans le côté droit et le dos; ces crises ont comme conséquence une jaunisse intense; on l'envoie à Vichy en 1873, 1874, 1875.

Chacune de ces saisons à Vichy amène un résultat favorable et une amélioration qui ne se fait sentir que pendant 6 semaines environ chaque fois. En 1876, elle a son deuxième enfant et éprouve alors un répit de 5 ans. En 1881, nouveaux accidents; crises très douloureuses débutant par des douleurs gastralgiques avec irradiation dans le dos et le flanc droit et laissant à leur suite un point douloureux répondant au siège de la vésicule biliaire.

Jusqu'en 1888, elle a ainsi une crise douloureuse presque tous les mois ; à cette époque, on l'envoie de nouveau à Vichy et le docteur Durand-Fardel père diagnostique des calculs de la vésicule et fait revenir la malade en 1889 et 1890 à Vichy. Ces trois saisons restent pour ainsi dire sans résultat et les crises continuent plus ou moins intenses, quelquefois terribles jusqu'en 1893. A cette époque les crises sont remplacées par des douleurs continuelles siégeant au creux de l'estomac et dans la région de la vésicule.

Etat avant l'opération. — La malade est affaiblie par un long séjour au lit et par une longue habitude de la morphine que le docteur Gigon a cependant réussi à supprimer ; elle a une teinte jaune paille sub-ictérique; mais les conjonctives ne sont pas colorées.

Les contractions du cœur sont faibles, le pouls mal frappé; les urines sont légèrement foncées. Les digestions sont très difficiles; le lait est le seul aliment toléré ; la malade souffre constamment de gastralgie, elle a des alternatives de constipation et de diarrhée. Ses selles peu colorées ont l'aspect de mastic grisâtre. Le foie est volumineux à la percussion et déborde les fausses côtes, le rein droit mobile est douloureux à la pression, il arrive dans la région pylorique. Il est impos-

(1) N° 1118 de la *Statistique generale.*

sible de trouver la moindre tumeur à la palpation ni à la percussion; mais la malade indique nettement le siège de la vésicule comme le point le plus douloureux. En exerçant une pression localisée à ce niveau, on réveille la douleur.

OPÉRATION. — Le 29 juin 1895, l'administration de l'éther est confiée au docteur Gigon et je suis assisté par le docteur Bolognési. Je pratique une incision de 12 cent. sur le bord externe du muscle droit; j'isole avec soin le bord du muscle sur toute l'étendue de la plaie comme à l'habitude. La séreuse est épaisse et présente des adhérences lamelleuses au niveau du bord du foie et de la vésicule. Ces adhérences sont rompues ou sectionnées aux ciseaux; le fond de la vésicule est isolé; il apparaît sous le rebord du foie; en explorant avec le doigt, je constate au niveau du col de la vésicule et du canal cystique des calculs enclavés et immobiles. J'isole complètement mon champ opératoire par des compresses, fais rétracter le rebord du foie et saisis le fond de la vésicule avec des pinces de Kocher; je ponctionne la vésicule avec l'aspirateur Potain et retire environ 40 grammes de bile; je pratique ensuite une ouverture de 15 mill. sur le fond de la vésicule, puis fais passer un grand courant d'eau stérile destiné à entraîner l'excès de bile et à désenclaver les calculs. La recherche et l'extraction des calculs sont assez difficiles en raison de leur enclavement dans le canal cystique. Sept calculs sont ainsi retirés. L'exploration du canal cystique avec une sonde n° 10 est possible; mais je ne poursuis pas l'exploration, jusqu'au canal cholédoque. Je fixe ensuite la vésicule au péritoine pariétal en plaçant tout autour de l'orifice et à 15 mill. environ, une rangée de fils de soie, dont les chefs sont passés dans le péritoine pariétal. La fermeture de la grande séreuse est complétée au-dessus et au-dessous.

La vésicule fait alors hernie par son fond à travers le péritoine. Je pratique une boutonnière à 4 mill. du bord libre à travers le muscle, engage le fond de la vésicule dans cette boutonnière, puis réunis les bords de l'ouverture pratiquée à la vésicule, à l'aponévrose du muscle. La vésicule biliaire vient donc s'ouvrir par son fond à travers le muscle et sur son aponévrose antérieure. Je place dans la vésicule un drain de 8 mill. de diamètre et termine par la suture de la paroi à deux étages, l'un sur l'aponévrose, l'autre sur la peau.

Durée totale : 1 h. 1/2.

Pansement aseptique.

Pièces. — Les calculs enlevés sont au nombre de 7; très irréguliers, ils présentent des facettes et sont d'un noir d'ébène. Leur volume varie entre celui d'un gros pois et celui d'une aveline.

Marche. — La malade a 37°4 le soir de l'opération; le lendemain matin 38°6 et le soir 38°8; son état général est bon; mais elle se plaint de coliques intestinales qui cessent après une débacle de bile. Depuis ce jour,

la température baisse progressivement pour devenir tout à fait normale le huitième jour. Le 3e jour, la bile coule dans le pansement : c'est une bile épaisse, boueuse, très foncée ; je pratique un lavage de la vésicule à travers le tube ; ce lavage fait avec de l'eau stérile tiède provoque des coliques. Les jours suivants mêmes symptômes ; beaucoup de bile dans le pansement et selles complètement décolorées. Je laisse le drain dans la vésicule, parce qu'en même temps que la bile, il s'écoule du liquide muco-purulent. Je supprime le drain le 9e jour ; le soir la malade souffre et la température monte à 38° ; je rétablis le drainage le 10e jour ; la température redevient normale ; le 12e jour, je supprime définitivement le drain.

Le 16e jour, la fistule est complètement fermée ; le 19e jour, la malade souffre un peu au niveau de sa cicatrice ; avec une pince de Lister, je dilate la fistule et fais sortir quelques gouttes de liquide muqueux ; depuis ce temps, la guérison opératoire est définitive. En raison des antécédents de la malade, je l'adresse à Vichy, au Dr Jardet qui m'en donne d'excellentes nouvelles le 28 août.

Observation III (1).

Lithiase biliaire simulant un ulcère de l'estomac.— Cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire à fixation première. — Guérison.

La nommée B..., Hyacinthe, âgée de 50 ans, infirmière à l'hospice Saint-Louis à Laval, m'est adressée à la fin d'août par le Dr Gougeon, de Laval. Elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 36 ans ; elle a eu cependant la variole à 22 ans. Elle est prise, tout à coup en 1881, d'un vomissement de sang considérable : le sang rendu est pur, non spumeux ; il y en a la quantité d'une cuvette. Quelques mois après, même accident, laissant la malade très affaiblie et souffrant beaucoup au niveau du creux épigastrique. On la met au régime lacté et on lui applique successivement cinq cautères sur le creux de l'estomac. Malgré ce traitement, les hématémèses se reproduisent à intervalles variables de trois et six mois.

En 1885, aux hématémèses et douleurs du creux de l'estomac, viennent s'ajouter des hématuries assez considérables, précédées de douleurs vives et alternant avec les hématémèses. Elle affirme n'avoir jamais rendu de calculs. Au bout de 5 ans, en 1890, les troubles de la miction cessent ainsi que les hématuries ; mais les douleurs d'estomac et les hématémèses continuent à des intervalles très variables. La dernière hématémèse a lieu le 24 août 1895.

Etat avant l'opération. — L'état général est relativement bon et con-

(1) N° 1472 de la *Statistique générale*.

traste avec l'aspect extérieur des malades atteints d'ulcères d'estomac; la face est vultueuse, la respiration courte, on ne trouve rien aux poumons; mais les bruits du cœur sont mal frappés; le pouls est mou et dépressible.

Le ventre est très ballonné, mais sonore dans toute son étendue; les selles sont rares et nécessitent l'emploi fréquent de purgatifs. Chaque purgatif détermine des crises douloureuses intenses au niveau du creux épigastrique. La malade indique le creux épigastrique comme étant le siège continuel de ses douleurs; une pression exercée dans cet endroit exagère la douleur et le siège de la vésicule biliaire est douloureux à la pression.

Rien au toucher rectal, rien au toucher vaginal, rien dans la vessie.

Opération. — Le 2 septembre 1895. Ethérisation par M. Crétin; assistance par M. le Dr Bolognesi. Sont présents MM. les Drs Pantaloni, de Marseille; Gougeon, de Laval; Mangenot et Maupetit du Mans.

1° *Laparotomie exploratrice.* — Je pratique une incision médiane s'étendant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; la paroi est épaisse et saigne énormément; aucune adhérence de la paroi aux organes sous-jacents; l'estomac est exploré, il paraît absolument sain; j'explore la vésicule dans laquelle je sens de nombreux calculs; j'explore le cholédoque, qui paraît normal. Je me décide donc à pratiquer une cholécystostomie temporaire et referme à deux étages mon incision exploratrice.

2° *Cholécystostomie.* — Je pratique une incision de 10 centimètres sur le bord externe du muscle droit dans le point où je sais trouver le fond de la vésicule; j'isole le bord du muscle dans la longueur de l'incision; puis j'ouvre la séreuse. Le fond de la vésicule vient faire hernie dans la plaie; pour éviter des tiraillements ultérieurs, je poursuis en haut l'ouverture du péritoine afin de placer ma fistule dans la partie le plus élevée possible. Je détermine, au moyen d'une pince de Kocher, l'endroit de la vésicule que je vais ouvrir. A deux centimètres environ, tout autour du point de la future fistule, je place une rangée de sutures séro-séreuses pour isoler le péritoine dont je complète la fermeture en haut et en bas.

La vésicule fait donc hernie à travers le péritoine et sur le bord externe du muscle droit; je pratique alors sur le fond de la vésicule une ponction avec l'aspirateur Potain et je retire environ 30 grammes de bile épaisse et noirâtre. J'incise alors le fond de la vésicule dans une longueur de 15 millimètres, retire, au moyen de pinces et d'un fort courant d'eau stérile, une vingtaine de calculs; puis, après avoir exploré le canal cystique avec une sonde et nettoyé la plaie opératoire, je fixe la vésicule de la manière suivante. A 4 millimètres du bord externe du muscle droit, je pratique longitudinalement une boutonnière de 1 centimètre environ; j'attire la vésicule dans cette boutonnière et suture, par 4 ou 5 points separés au catgut, la muqueuse de la vésicule à

l'aponévrose du muscle. Je place dans la vésicule un drain de 8 millimètres; puis je referme la paroi à deux étages, l'un sur l'aponévrose, le deuxième sur la peau avec des crins de Florence.

Pansement aseptique avec des compresses et de la ouate stérile.

Durée totale des deux opérations : 1 h. 40.

Pièces. — Les calculs retirés sont au nombre de vingt; ils ont le volume de gros pois et ont tous la forme de pyramide triangulaire ; ils ont un aspect verdâtre.

Marche. — Le soir la température est à 38° ; le lendemain elle monte progressivement et atteint 39° 4 le soir. On constate du souffle à la base du poumon droit et la malade rend des crachats sanguinolents. On fait appliquer des ventouses toutes les deux heures, jour et nuit, et le 8e jour la température tombe brusquement à 37°, pour rester désormais normale. Pendant ce temps la plaie s'est bien comportée. Les selles contiennent de la bile ; il s'écoule par le drain d'abord de la boue biliaire, puis de la bile qui paraît normale vers le 14e jour. Je supprime le drain le 15e jour; la fistule est complètement fermée le 18e; elle reste fermée deux jours et se rouvre spontanément le 20e. Le 24e jour la malade quitte la Maison de Santé, rendant encore de la bile par sa fistule (1).

(1) Nous apprenons par M. le Dr Gougeon (de Laval) que la fistule est fermée définitivement, depuis le 20 octobre 1895, et que la malade va parfaitement.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Décembre 1895.